

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 mai 1908, à 1 heure.

Par Joseph-Henri-Georges LEPRAT

TUBERCULOSE DE L'OS MALAIRE

Président : M. SEGOND, professeur.

*Juges : { MM. PINARD et RECLUS, professeurs.
MULON, agrégé.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
Clinique médicale.	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABRE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TUBERCULOSE DE L'OS MALAIRE

INTRODUCTION

L'ostéite bacillaire de l'os malaire est bien connue dans son histoire générale.

M. le professeur Lannelongue l'a décrite en 1886. D'autres auteurs se sont après lui occupés de cette question.

Ce n'est donc que quelques points que nous chercherons à mettre en évidence, surtout dans le diagnostic et le traitement.

Notre description, tout en n'étant pas spéciale, se rapportera surtout à des nourrissons que nous avons principalement observés.

Chez eux, en effet, le diagnostic peut quelquefois présenter certaines difficultés.

Nous ne saurions mieux faire que rapporter ici les paroles mêmes que M. le Dr Broca prononçait dans une de ses leçons à la clinique Baudelocque :

« *La tuberculose chirurgicale des nourrissons affecte*

parfois dans ses localisations, dans sa marche, dans son aspect clinique, certaines particularités, qui sans doute ne sont pas particulières à cet âge, mais sont pourtant assez caractéristiques par leur fréquence et surtout par leur association. »

Mais auparavant, qu'il nous soit permis d'exprimer notre plus vive gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux : M. le professeur Debove, MM. les D^{rs} Routier et Bonnaire.

Nous sommes heureux de remercier tout particulièrement M. le D^r Broca qui a bien voulu nous inspirer la rédaction de cette thèse, et de qui nous ne saurions être trop fier d'avoir été l'élève.

Nous sommes enfin très sensible au grand honneur que M. le professeur Segond nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

ANATOMIE NORMALE

L'os malaire forme le squelette de la région la plus saillante de la face : la pommette. Il résulte de cette situation pour ainsi dire proéminente, que la tuberculose de cet os imprime à la physionomie un aspect caractéristique qui permet de reconnaître à distance ceux qui en sont atteints.

La face antérieure est sous-cutanée. La face postérieure forme la paroi antérieure de la fosse zygomatique. Le bord supérieur forme presque entièrement le bord inférieur de la base de l'orbite. Quelques fibres de l'orbiculaire et des zygomatiques recouvrent la face antérieure.

Bien que formé de tissu compact, l'os malaire diffère cependant des os longs en ce qu'il contient beaucoup plus de moelle. Il se rapproche ainsi du tissu spongieux, fait qui explique la fréquence de la localisation du bacille de Koch sur cet os. Nous savons en effet que le processus tuberculeux frappe exclusivement les os courts et les épiphyses des os longs, formés de tissu spongieux, alors que la diaphyse formée de tissu compact est presque toujours épargnée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, la tuberculose des os affecte deux processus dissemblables seulement en apparence : le tubercule enkysté et l'infiltration tuberculeuse.

Le tubercule enkysté est caractérisé par la présence, au sein du tissu spongieux, d'une cavité enkystée remplie d'une substance épaisse, jaunâtre, non miscible à l'eau. Cette masse est entourée d'une membrane limitante de 1 millimètre d'épaisseur environ. La surface externe de cette membrane est très adhérente à la paroi osseuse cavitaire, et fortement vascularisée.

Nélaton a décrit le mode d'organisation de ce tubercule. Il y a d'abord apport de granulations grises au sein de la masse spongieuse de l'os. Ces granulations sont séparées par de minces lamelles osseuses qui vont se résorber et réunir ainsi les granulations grises entre elles. Ce tubercule ainsi situé au sein du tissu osseux joue le rôle de corps étranger. Grâce à la réaction inflammatoire produite par la présence de ce corps étranger, il y a apport de cellules embryonnaires qui s'organisent à la périphérie pour former la membrane

enkystante. Cette membrane est ensuite envahie par de nombreux capillaires de néo-formation.

L'évolution du tubercule enkysté peut se faire de deux manières : ou bien ce kyste osseux pathologique sera bien toléré par l'os, ou bien il ne le sera pas.

Dans le premier cas il y a hyperformation de couches osseuses autour du foyer tuberculeux, hyperostose qui empêche la perforation de l'os. Ce kyste peut rester indéfiniment à l'intérieur de l'os ; il peut aussi se résorber. La membrane limitante prolifère ; de nombreux bourgeons charnus hérissent sa surface interne, tandis que disparaît la masse caséuse. Ils remplissent la cavité d'un tissu d'abord embryonnaire, puis fibreux, puis enfin osseux. Quelquefois le kyste tuberculeux prend l'aspect d'un simple kyste des os.

Mais si ce kyste osseux n'est pas toléré, il va suppurer. L'évolution caséuse va gagner les parois du kyste, avancer de plus en plus à travers l'os, jusqu'au tissu conjonctif qu'elle détruit. Elle soulève le périoste qu'elle use, envahit les tissus superficiels, et enfin se vide à l'extérieur soit directement, soit à distance comme dans les abcès par congestion du mal de Pott.

Sous le nom d'infiltration puriforme, Nélaton décrit un type de tuberculose osseuse présentant les caractères suivants : teinte jaune sale ou blanc mat, éburnation, absence de vaisseaux, mortification fatale du point infiltré.

Un noyau d'un blanc mat de la grosseur d'une noisette, d'une noix, ou même d'une étendue plus grande, se détache sur les parties voisines. La substance casé-

euse est généralement en quantité minime. Le stylet est arrêté par la résistance du tissu osseux qui a subi une véritable hypertrophie interstitielle.

La nécrose est la conséquence de cette infiltration. La partie infiltrée présente en effet les caractères d'un séquestre ; les vaisseaux sont absents, elle est cernée par un cercle d'élimination, elle est parfois mobile. Ces séquestres sont souvent bien conservés, anatomiquement aussi bien que cliniquement.

L'infiltration tuberculeuse, qui englobe la carie des anciens auteurs, est caractérisée : 1° par l'absence de limitation du processus pathologique, sa tendance à l'envahissement ; les tissus voisins ne s'organisent pas en zone de défense ; 2° par l'absence d'un séquestre massif ; 3° par la difficulté de constater les granulations tuberculeuses. Voici d'après Lannelongue l'évolution du processus de infiltration tuberculeuse : dans une première période, on observe l'hyperhémie du tissu spongieux, l'agrandissement des canalicules osseux, la fragilité des trabécules due à la résorption ; dans la seconde phase la suppuration s'établit et le pus prend contact direct avec la trame osseuse. Aussi si l'on ouvre d'un trait de scie une épiphyse ou un os court atteint de carie on trouve les trois zones suivantes : 1° une bande périphérique rouge violacée, zone d'hyperhémie, où l'on voit des vaisseaux gorgés de sang, et une prolifération marquée des éléments cellulaires ; 2° une zone moyenne plus pâle, grisâtre, zone d'envahissement occupée par les follicules tuberculeux ; 3° une région centrale, zone de ramollissement où la confluence et la

désagrégation de follicules ont créé un foyer suppurant, avec masses fongueuses contenant de menus fragments osseux, séquestres trabéculaires.

Toutes les formes que nous venons de décrire peuvent se rencontrer dans la tuberculose de l'os malaire. Cependant, la forme diffuse ou infiltrante est celle que l'on rencontre le plus souvent. Peu importe, du reste, cette forme, le processus restant toujours le même. Comme le dit Lannelongue, la destinée du foyer tuberculeux et son mode anatomique ne dépendent que de la distribution et de la densité des follicules.

ETIOLOGIE

La tuberculose de l'os malaire se rencontre presque exclusivement chez l'enfant et l'adolescent.

Le maximum de fréquence paraît être de un à cinq ans. C'est l'âge, en effet, où apparaissent toutes les manifestations de la diathèse scrofuleuse : gommes cutanées, abcès osseux de la main et du pied, voire des os longs des membres (cubitus, radius, péroné), adénites.

Chez le nourrisson il est rare que la tuberculose du malaire existe sans au moins une autre des manifestations précitées. Tantôt les diverses lésions apparaissent simultanément, tantôt on les voit se produire successivement, mais toujours avec une assez grande rapidité.

Chez l'adolescent ; l'os malaire est aussi rarement seul atteint. L'âge des gommes cutanées, des spina-ventosa, est passé ; mais presque toujours il y aura coïncidence de tumeur blanche, de mal de Pott, d'adénite, et enfin de tuberculose pulmonaire.

L'hérédité entre certainement en ligne de compte, aussi bien que l'alimentation, et les autres conditions hygiéniques subies par l'enfant.

Peut-être aussi faut-il faire jouer un rôle au trauma-

tisme. Nous citons deux observations où ce facteur semble bien réel puisque tous les symptômes commencèrent (dans l'une au moins) avant même que l'ecchymose fût disparue.

Il est probable cependant, comme dans tous les cas de ce genre, que le traumatisme n'a fait que créer un lien de moindre résistance, et que la maladie existait à l'état latent.

DESCRIPTION

Le début de la maladie est généralement insidieux ; il y a peu ou pas de fièvre ; la peau conserve sa coloration normale ; il n'y a pas de douleur spontanée. Aussi faut-il qu'il existe une grosseur déjà considérable pour que l'on vienne consulter.

On peut alors constater les signes suivants : tuméfaction variable comme grosseur, siégeant le plus souvent un peu au-dessous de l'angle externe de l'œil, douleur à la pression en un point limité, empâtement de la région faisant corps avec l'os, reposant sur lui. Il n'y a pas d'œdème proprement dit gardant l'empreinte du doigt.

Tout à fait au début cet empâtement, généralement gros comme une noisette, est dur, élastique. Mais bientôt la fluctuation apparaît en un point. Il faut rechercher cette fluctuation avec beaucoup de méthode, car elle est souvent très limitée ; à côté d'un point fluctuant on trouvera parfois des zones dures, le tout pouvant donner la sensation d'un sarcome.

La suppuration une fois établie, on observe des modifications de la peau assez rapides.

Elle s'amincit au sommet de la tuméfaction qui devient proéminente, prend une coloration violacée, coloration graduellement décroissante d'intensité, et qui finit par se fondre insensiblement avec la coloration normale des téguments.

L'amincissement devient extrême, et finalement la peau se perfore pour donner issue à un pus grumeleux, mal lié. Par la fistule ainsi constituée un stylet peut arriver sur l'os dénudé.

M. Lannelongue a distingué plusieurs variétés d'abcès suivant leur siège. Ils sont supérieurs ou inférieurs. Les premiers sont superficiels ou profonds et intra-orbitaires ; les abcès inférieurs peuvent gagner la fosse zygomatique.

Si la partie malade est voisine du globe oculaire, on peut observer quelques phénomènes sur l'organe de la vision et ses annexes. Les paupières, à tissus lâches, se tuméfient ; la bouffissure peut devenir telle que les yeux sont constamment clos. La cornée peut s'enflammer et provoquer de la photophobie.

Enfin très rarement on observera un abcès de la cornée, ou même la perte de l'œil, complications qui devront toujours être prévenues par un traitement opportun. Lorsque l'abcès est tout entier intra-orbitaire il peut simuler une tumeur rétro-oculaire, d'où exophtalmie.

Quand l'abcès osseux s'est vidé à l'extérieur, la tumeur diminue, mais ne disparaît pas entièrement. La rougeur de la peau et l'empâtement des parties voisines persistent ; la fistule prend l'aspect typique des fistules

tuberculeuses : bords amincis, irréguliers, décollés, de couleur lie de vin. La suppuration est alors plus ou moins abondante ; tantôt une petite gouttelette de pus tuberculeux simple vient sourdre au niveau de l'orifice fistuleux ; tantôt une infection secondaire vient augmenter notablement la suppuration.

C'est alors que se forment les séquestres qui bientôt se mobilisent. Si l'on n'intervient pas, ces séquestres vont s'éliminer avec une extrême lenteur (cinq, six mois et davantage).

La période de réparation va maintenant succéder à cette période de nécrose.

Le pus diminue peu à peu ; des croûtes se forment, qui se détachent facilement. Le fond de l'ulcération reste cependant bourgeonnant et fongueux.

Les bords de la fistule vont se rapprocher de la surface osseuse afin de combler la perte de substance. Il va se former un tissu fibreux de nouvelle formation qui fusionnera entre eux l'os et la peau. Nous connaissons les propriétés rétractiles de ce tissu cicatriciel, et nous comprenons facilement le rôle qu'il va jouer si, cas fréquent, la lésion est voisine de la paupière. On voit peu à peu cette paupière, la moitié externe surtout se renverser au dehors, et l'on assiste à la formation de l'ectropion.

Il est évident que plus la perte de substance aura été considérable, plus le tissu fibreux néoformé sera abondant, et par conséquent plus le renversement de la paupière sera prononcé. On peut voir la surface muqueuse à découvert dans toute son étendue, et abso-

lument immobilisée dans cette position. Les larmes s'écoulent sur la joue, car le cul-de-sac conjonctival est plus bas en dehors que du côté du point lacrymal.

Assez souvent le processus ne se limite pas à l'os malaire ; il peut envahir le frontal, la fosse temporale, le maxillaire supérieur et son sinus.

Nous avons recueilli deux observations dont une de M. Broca, où les lésions étaient doubles et quasi symétriques.

La durée de l'affection est variable ; de cinq à six mois à plusieurs années, si aucun traitement n'a été institué. La terminaison naturelle est la guérison avec cicatrice adhérente, et le plus souvent, comme complication de cette adhérence, l'ectropion de la paupière inférieure.

Cette complication s'observe si souvent que nous n'avons pas hésité à la classer parmi les symptômes de l'affection que nous venons de décrire.

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

L'ectropion de la paupière inférieure est à peu près la seule complication de la tuberculose de l'os malaire.

Cependant il est possible d'observer des infections secondaires (lymphangite, érysipèle). Nous avons signalé déjà les lésions du globe oculaire. Elles sont heureusement très rares, nous disons heureusement car elles peuvent être très graves et entraîner la perte de l'œil.

Très exceptionnellement surviendront des complications intra-craniennes : méningite, phlébite des sinus de la dure-mère, abcès du cerveau.

Nous avons vu que la terminaison naturelle de la maladie était la guérison avec cicatrice adhérente. Le pronostic n'est donc pas grave ; l'existence n'est pas directement menacée, pas plus que dans toute autre tuberculose osseuse, localisée.

Il faut malgré tout faire des réserves pour l'avenir. Il est en effet fréquent de voir mourir de tuberculose pulmonaire des individus qui longtemps avant avaient eu un foyer tuberculeux osseux, lequel avait guéri sans

complication immédiate. Ce n'est pas que la tuberculose osseuse ait beaucoup de tendance à se généraliser ; mais il est évident qu'un individu qui, dans son jeune âge, s'est laissé envahir par le bacille de Koch, doit présenter un terrain des plus propices au développement de ce bacille. On ne peut plus admettre aujourd'hui l'hypothèse qui fait d'une lésion tuberculeuse localisée une sorte de vaccin préservant l'organisme d'une infection généralisée.

Un traitement bien dirigé diminuera cependant dans une très large mesure les chances d'accidents graves, et l'on peut affirmer que la tuberculose du malaire est en réalité une affection bénigne.

DIAGNOSTIC

Il y a dans l'évolution de la maladie qui nous occupe deux phases bien distinctes, phases importantes à distinguer aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement : 1° avant la fistulisation ; 2° après la fistulisation.

Avant la fistulisation, avant surtout que l'on n'observe de fluctuation nette, alors que la peau n'a pas encore subi de grandes modifications, le diagnostic d'ostéo-sarcome pourra venir à l'esprit d'un observateur non averti. Cependant la coïncidence d'un spina-ventosa, d'une tumeur blanche, de quelques gommès cutanées nous sera d'un précieux secours. Enfin l'évolution ultérieure de l'affection viendra lever tous les doutes.

A cette période le traumatisme presque toujours invoqué, pourra nous faire supposer l'existence d'une fracture avec épanchement sanguin. Le diagnostic sera très délicat si, comme dans notre observation I, l'affection débute en même temps que l'ecchymose.

Les kystes, en particulier les kystes sébacés, sont très rares en cette région. Ils sont du reste beaucoup plus mobiles, la peau reste normale ; l'erreur ne saurait être de longue durée.

Les kystes dermoïdes sont situés plus haut, vers la queue du sourcil.

Enfin il est une affection qui offre les plus grands caractères de ressemblance avec la tuberculose, qui passe par les mêmes périodes : crudité, ramollissement, fistulisation ; c'est la syphilis tertiaire.

A la période qui nous occupe, le diagnostic reposera sur la constatation des signes de la syphilis héréditaire, ou au contraire sur la constatation d'autres lésions bacillaires. Disons aussi que l'âge de notre malade nous sera d'un grand secours. La tuberculose est très rare chez l'adulte, très fréquente au contraire chez l'enfant, l'inverse ayant lieu pour la syphilis tertiaire.

Après la fistulisation, la syphilis est à peu près la seule affection qui puisse nous égarer. Mais l'ulcération spécifique a ses bords arrondis, réguliers, taillés à pic, toujours adhérents ; la surface ulcérée est rouge sombre, cuivrée. L'ulcération tuberculeuse est évasée, en entonnoir ; ses bords sont irréguliers, déchiquetés, amincis, décollés, violacés ; le fond est bourgeonnant, fongueux. Les croûtes de la syphilis sont brun-verdâtres, celles de la tuberculose sont jaunâtres.

A cette phase on pourrait se trouver en présence d'une simple gomme cutanée ulcérée. L'aspect extérieur est à peu près le même. Mais alors la peau peut être mobilisée sur l'os ; l'exploration avec le stylet que l'on doit toujours pratiquer, ne nous permettra pas d'arriver jusqu'à l'os.

Enfin il est une affection qui ne prêterait que rarement à confusion ; nous voulons parler de l'ostéomyélite. Les

phénomènes généraux sont dans ce cas trop accentués, l'évolution est trop rapide pour qu'il soit possible de méconnaître cette affection.

Il importe de faire le diagnostic dès le début. Il faut à tout prix éviter l'ouverture spontanée, cause de la cicatrice adhérente, laquelle défigurera le sujet pour le reste de ses jours, et sera susceptible de produire l'ectropion de la paupière inférieure.

TRAITEMENT

Nous n'insisterons pas sur le traitement général, tout en nous persuadant qu'il doit être l'auxiliaire indispensable de tout traitement local.

On appliquera ce traitement avec persévérance, longtemps après la guérison de la lésion locale, afin de diminuer le plus possible les chances de généralisation. On mettra le malade dans les conditions d'existence les plus propices.

L'huile de foie de morue a, dans ces cas, depuis longtemps fait ses preuves. Elle doit être placée en tête des reconstituants.

L'alimentation sera bien adaptée au jeune âge du sujet : on insistera sur les cervelles, les œufs. Le climat marin est celui qui convient le mieux à ces jeunes scrofuleux, et on devra le prescrire avec insistance chaque fois que la chose sera possible. Si les conditions sociales des parents s'opposent à ce que leur enfant puisse bénéficier de ce climat presque spécifique, on l'enverra à la campagne, et on lui donnera des bains salés.

Le sérum de Quinton, nouveau venu dans la théra-

peutique, est peut-être appelé à rendre de véritables services.

Le traitement local différera suivant la phase à laquelle nous observerons l'affection.

Au début, alors que la peau n'a pas encore subi de grandes modifications, il faudra tout mettre en œuvre pour la conserver intacte.

On fera des ponctions avec un trocart de petit calibre. On aura bien soin de pénétrer à 2 centimètres environ de la périphérie de la lésion afin de ne pas provoquer de sphacèle au point ponctionné. On malaxera très légèrement la poche afin d'évacuer complètement le pus. On se méfiera des injections d'éther iodoformé. En effet si cette composition est un admirable antiseptique, en même temps qu'un puissant modificateur de la vitalité des tissus, elle a le grave inconvénient d'être caustique. Il est de ce fait à craindre qu'elle ne dépasse son but, et qu'après les tissus malades elle n'attaque la peau saine, et produise ainsi l'effet inverse de celui que l'on cherche à obtenir.

Le sérum physiologique n'offre pas ces inconvénients, et il sera bon d'en injecter une pleine seringue de Pravaz après l'évacuation du pus.

On appliquera ensuite un pansement antiseptique. Ce traitement sera long. Il demandera parfois plusieurs mois ; mais nous sommes en droit d'espérer que le résultat nous récompensera de notre patience.

La ponction avec ou sans injections modificatrices sera donc la méthode de choix. C'est elle qui amènera la guérison avec le moins de dégâts, avec le moins de traces.

Mais si la peau est déjà si amincie que l'on voit le pus par transparence, il ne faudra plus espérer arrêter un processus déjà si avancé. Il faudra alors faire une incision parallèle au bord de la paupière. On évacuera le pus. S'il y a des séquestres, on les enlèvera ; on fera un curettage de la poche suivi d'attouchements à la teinture d'iode. Un pansement aseptique sera appliqué et renouvelé tous les jours après attouchement à la teinture d'iode.

L'iodoforme pourra être avantageusement employé, soit sous forme de poudre, soit sous forme de gaze iodoformée.

Enfin, si le malade nous est amené seulement après la fistulisation de l'abcès, la conduite à tenir sera à peu près la même que dans le cas précédent.

Mais, si déjà il y a des adhérences entre la peau et les plans sous-jacents, il faudra les rompre, mobiliser complètement les deux lèvres de la plaie, afin de ne pas laisser s'accroître l'ectropion qui probablement est en voie de formation.

Nous ne décrirons pas les différentes méthodes du traitement de l'ectropion de la paupière inférieure. Dans le cas qui nous occupe, on fera une incision au niveau de la fistule, incision parallèle au bord de la paupière ; on mobilisera la peau en tous ses points, puis on suturera les deux paupières. Au bout d'un an, on enlèvera, un à un, les points de suture, et on appliquera un lambeau autoplastique sur la perte de substance de la région malaire.

OBSERVATIONS

Observation I (Personnelle).

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Coqueluche il y a un an.

L'hiver dernier, bronchopneumonie.

L'enfant vient consulter le 20 juin pour un abcès de la joue gauche.

Il y a deux mois la joue a commencé à enfler.

La mère a cru que c'était une affaire de dentition, le petit ayant eu une dent qui avait percé à cette époque. L'abcès a continué à grossir peu à peu.

Il y a huit jours l'enfant est tombé et s'est frappé la joue sur le coin d'une chaise. L'abcès a alors augmenté rapidement de volume; l'angle externe de l'œil a grossi à son tour et a rougi.

La mère est allée à Trousseau où l'on a diagnostiqué une fracture avec hématome. On a renvoyé l'enfant.

Actuellement la tuméfaction occupe toute la joue gauche jusqu'à l'angle externe de l'œil en haut, et jusqu'au bord du maxillaire inférieur en bas.

A l'angle externe de l'œil, petite tuméfaction rouge.

A la palpation on ne trouve pas de point douloureux; on sent

une bosse assez dure, profonde, au niveau de l'os malaire, et descendant en bas jusqu'à la région prolongeant en dehors la commissure labiale. Cette masse est attenante à l'os.

On observe une fluctuation superficielle, surtout au niveau de l'angle de l'œil, où l'abcès va s'ouvrir à la peau.

Examen de la bouche : aucune trace d'inflammation dentaire, gencives normales.

L'évolution lente et progressive, l'absence de toute douleur, l'absence de toute inflammation buccale, la place même de l'abcès font conclure à une ostéite bacillaire de l'os malaire.

On fait une ponction qui donne issue à une assez grande quantité de pus et de sang mélangés.

24 juin. — La ponction peut attendre.

26 juin. — *Idem.*

29 juin. — *Idem.*

4 juillet. — Ponction à l'aiguille de Pravaz. Pus sanguinolent, peu abondant, séreux. La mère demande un certificat pour envoyer son enfant à la campagne.

9 juillet. — Ponction d'un liquide sanguinolent, épais et filant. Lavage au sérum.

20 juillet. — Ponction. Évacuation de 7 à 8 centimètres cubes de pus jaunâtre, puis sanguinolent, mélangé de grumeaux.

23 juillet. — Ponction d'un liquide sanguinolent, épais, avec des grumeaux. Lavage au sérum.

27 juillet. — Changement de résidence. Un mot est donné au médecin qui la soigne pour continuer le traitement.

Le 20 février 1908. — Nous avons demandé des nouvelles du petit malade.

La lésion du malaire est, paraît-il, à peu près disparue, et l'état général très bon.

Observation II (Personnelle).

T... François, 15 mois. Entre le 18 février 1908.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Entérite en septembre dernier. Elevé au biberon.

Il y a trois semaines, marchant entre les jambes de son père, l'enfant est tombé, se heurtant le front à terre. Aussitôt est venue une ecchymose, et une tuméfaction au niveau de la bosse frontale et une autre au niveau de l'os malaire droit, sont apparues rapidement. Compresses d'eau blanche.

La tuméfaction du frontal n'a pas augmenté depuis ce temps ; elle a légèrement diminué depuis quelques jours. M. Broca garde l'enfant en surveillance.

État actuel. — Au niveau de la bosse frontale droite, volumineuse saillie arrondie ; un peu de rougeur des téguments. La partie centrale est fluctuante.

Malgré la notion traumatisme, M. Broca diagnostique une ostéite du frontal. On fait une ponction qui donne issue à 1 centimètre cube de pus, ayant toutes les apparences du pus tuberculeux. Il reste dans la poche des fongosités qui lui conservent son volume primitif.

La tuméfaction de la région malaire droite est également produite par l'ostéite bacillaire. On peut attendre pour ponctionner.

22 février. — La tuméfaction du frontal est aussi volumineuse, mais moins tendue qu'avant la première ponction.

Au niveau de l'os malaire, tuméfaction grosse comme une

noisette, soulevant la paupière inférieure. L'œil tend à se fermer.

On fait une ponction qui donne issue à 1 centimètre cube de pus séro-sanguinolent.

La région de l'arcade zygomatique gauche est tuméfiée, et il est à craindre que ce soit là un nouveau foyer.

24 février. — Toutes les parties malades sont dans le même état.

On dit à la mère de ramener son enfant régulièrement tous les deux jours, mais elle n'est pas revenue.

Observation III (Personnelle).

C... Alice, 20 mois.

Entre à l'hôpital le 3 janvier 1906.

Antécédents héréditaires. — Grand-père mort de la poitrine.

Antécédents personnels. — L'enfant s'est bien portée jusqu'à 7 mois. A ce moment elle a eu un abcès à la partie interne du bras droit. La suppuration n'est pas encore tarie.

A 13 mois abcès du même genre sous l'œil droit.

Le médecin y fit une incision. Malgré cela le foyer n'est pas encore éteint. Toujours un peu de suppuration. Elle vient se faire soigner pour une tuméfaction douloureuse de l'avant-pied droit.

L'état général est bon.

Elle vient faire soigner ses différentes lésions assez régulièrement.

Le 8 mars apparaît une gomme sur la pointe du triangle de scarpa.

Le 9 mai. — La cicatrice du malaire s'ouvre et suppure très légèrement.

Le 9 juin. — Il semble que la cicatrice du malaire devient plus rouge, et qu'elle a tendance à se rouvrir.

Le 27 juin. — Les différentes lésions sont en bon état. Le malaire seul suppure un peu.

Le 25 octobre. — L'ostéite du malaire gauche continue à évoluer alors que les autres localisations bacillaires sont guéries. Quelques pansements aseptiques vont être faits, après quoi, si l'état ne se modifie pas, on sera obligé d'intervenir à nouveau.

11 décembre. — Même état du malaire dont la suppuration presque nulle ne tarit cependant pas.

15 décembre. — Une grosse tuméfaction apparaît au coude droit. On va soigner cette nouvelle lésion par des ponctions.

L'enfant est amenée aux Enfants-Malades régulièrement pendant près d'un an, et à la fin du mois de novembre 1907, elle est complètement guérie de toutes ses lésions, et présente un excellent état général.

Observation IV

Due à l'obligeance de M. le Dr Broca, chirurgien à l'hôpital des Enfants-Malades.

Garçon de 18 mois ; présente un aspect de la face qui du premier coup attire l'attention.

Des deux côtés, un peu plus à droite qu'à gauche, mais presque symétriquement, la moitié externe de la paupière inférieure est soulevée par une tuméfaction violette grosse comme une forte noisette. Tout autour la région est gonflée, œdématiée, et

ces modifications avec coloration violacée progressivement dégradée, portent surtout sur la commissure des paupières, et la moitié externe des paupières supérieures. La bouffissure est telle que les yeux sont constamment clos.

Toute la partie supérieure de la face est œdémateuse et pâle. Mais ce gonflement des paupières, facile d'ailleurs à écarter, ne répond à rien de pathologique, du côté des conjonctives et des globes oculaires.

A la face l'inspection nous révèle encore l'existence à la région parotidienne gauche, d'une ulcération cutanée large comme une lentille, recouverte de quelques squames impétigineuses, entourée d'une zone violette large comme une pièce de 50 centimes.

En palpant cette région on apprend que cette infiltration occupe la peau, mais qu'elle tient par son centre dans la profondeur. Et si, de là, on remonte vers les régions palpébro-temporo-malaires, on a une sensation de tuméfaction diffuse et élastique, sans œdème proprement dit, gardant l'empreinte du doigt. Sur les deux bosselures violettes, la fluctuation est évidente, avec amincissement déjà avancé de la peau.

Des lésions semblables existent dans d'autres régions. Le bord cubital de la main droite est presque quadruplé d'épaisseur par une saillie hémisphérique d'un rouge assez animé, occupant la face dorsale, au niveau des quatrième et cinquième métacarpiens. Tout autour l'œdème est notable, au dos de la main qui dans son ensemble a pris une forme globuleuse. La région rouge est très fluctuante. On sent autour d'elle une infiltration élastique diffuse.

Même état avec tumeur moins grosse sur le dos du pied gauche.

Au niveau de la moitié postérieure du troisième métatarsien, la bosselure rouge et fluctuante n'est pas ici plus volumineuse qu'une noisette. Enfin l'extrémité inférieure du péroné droit est, elle aussi, malade. Mais ici, rien n'est fluctuant ; rien même n'est ramolli. La malléole et le tiers inférieur de la diaphyse sont noyés dans un gonflement diffus, élastique, sans changement de couleur à la peau, qui efface tous les méplats, qui cache toutes les saillies. Ce gonflement fait corps avec l'os, au moins triplé de volume.

Observation V

In Thèse de Gator.

Mal nourri, gourme ; spina-ventosa à plusieurs doigts, ostéites craniennes, tuberculose ulcérée du tibia et de l'os malaire.

C... Auguste, âgé de 28 mois.

Antécédents. — Père bien portant. Il a eu d'un premier mariage deux enfants dont l'un est mort à 5 ans d'une maladie aiguë. L'autre est bien portant. La mère est bien portante.

Actuellement. — Rien dans la famille qui puisse faire soupçonner la tuberculose.

L'enfant est placé en nourrice dès sa naissance. La mère le voit quatre mois après, et le trouve tout couvert de gourme. Elle le prend alors avec elle et le nourrit au biberon ; la gourme disparaît, et on n'observe aucun accident scrofuleux depuis mars 1886 jusqu'au mois de février 1887.

A ce moment apparaissent de nouvelles lésions : ulcérations derrière les oreilles, qui guérissent en quinze jours. En même temps presque tous les doigts deviennent volumineux. Ce sont des spina-ventosa qui se terminent par résolution. La première

phalange du petit doigt de la main gauche est encore volumineuse, gonflée, non douloureuse, sans modification cutanée.

C'est à cette même époque qu'a commencé la tuberculose de l'os malaire et celle du tibia gauche.

La jambe gauche a commencé par être douloureuse : l'enfant refusait de marcher. Une grosseur s'y est développée peu à peu. On a essayé d'abord de la faire résoudre en appliquant de la teinture d'iode sur la peau. On l'a incisé au mois d'avril. Deux mois après la plaie était fermée.

Au mois de juillet l'enfant a eu la rougeole. On a dû rouvrir de nouveau l'abcès. Il reste encore aujourd'hui à la partie supérieure de la face interne du tibia une plaie arrondie de 1 centimètre de diamètre, dont le fond est rouge, bourgeonnant, et au centre de laquelle s'ouvre une fistule qu'on draine.

La grosseur qui est venue à l'angle externe et inférieur de l'orbite a persisté jusqu'à ce que l'enfant ait eu la rougeole. Elle s'est alors ouverte spontanément. Nous décrirons plus loin l'ulcération qui lui a succédé. Après la rougeole l'enfant a eu une nouvelle poussée de gourme à la face, et de la conjonctivite pendant un mois et demi ; il n'avait plus d'appétit. Depuis le mois de novembre 1887, il va un peu mieux, mange avec plus d'appétit.

Depuis un mois et demi qu'il vient à l'hôpital Trousseau, on lui a gratté la plaie de la région malaire, et on lui fait des pansements à l'acide borique. En même temps on lui donne de l'huile de foie de morue.

Sur le côté droit du cou il existe un ganglion engorgé gros comme une fève, dont la mère a remarqué l'existence depuis huit jours.

Le crâne est très volumineux, avec des bosses saillantes en

divers endroits. Ce sont probablement des foyers d'ostéite tuberculeuse.

L'enfant a marché à un an. Il ne parle pas encore. Toutes les dents de la mâchoire supérieure sont gâtées et réduites à leur racine. A la mâchoire inférieure, les malaires sont aussi gâtées.

État local le 25 janvier 1888. — La plaie de la région malaire répond à l'angle inféro-externe de l'orbite gauche. Elle intéresse davantage la face orbitaire de l'os que sa face antérieure. Elle est adhérente à l'os et située au fond d'une dépression profonde. Les bords de cette dépression formés par de la peau saine sont à pic du côté externe ; mais en dedans elle se continue par une rainure parallèle au bord palpébral, qui va jusqu'à la moitié des paupières et correspond au bord inférieur du cartilage tarse. Les cils de la partie externe de la paupière inférieure sont un peu rejetés au dehors ; mais il n'y a pas d'ectropion à proprement parler, et la fente palpébrale n'est pas déformée.

Quand on explore le trajet fistuleux, le stylet arrive sur l'os dénudé.

Observation VI

In thèse de Cator.

Tuberculose des deux os malaires avec ulcération.

C... Edmond, 3 ans.

Antécédents. — Le père et la mère sont bien portants. La mère qui a 38 ans, a eu quatre enfants, l'aîné a 21 ans et est bien portant ; deux sont morts de méningite.

Le plus jeune est notre malade. Il a été nourri au sein par sa

mère ; n'a pas eu de gourme. Il a été très faible. Il prend de l'huile de foie de morue depuis deux ans.

L'œil gauche est malade depuis août 1887. Il est venu au-dessous de l'œil une grosseur violacée qui s'est percée spontanément. Il y a deux mois, c'était presque guéri, au dire de la mère ; mais la suppuration a recommencé depuis quinze jours.

État le 6 mars 1888. — Il existe aujourd'hui une ulcération située à 1 centimètre au-dessous de l'œil gauche. La partie la plus externe est située au-dessous de l'angle externe des paupières. Elle est donc située tout entière au-dessous de la fente palpébrale. Elle a une largeur de 1 centimètre et une hauteur de 5 millimètres. Elle est recouverte d'une croûte jaune. Au côté interne et en bas elle se continue avec une surface rosée cicatricielle.

Les téguments sont adhérents à l'os. L'ulcération n'occupe pas l'angle de l'orbite, mais un point de la face antérieure de l'os malaire, située à 2 millimètres au-dessous du rebord orbitaire. La paupière inférieure est un peu œdématiée. Elle est tirée en bas tout entière, la partie médiane étant la plus basse. Aussi l'œil gauche paraît-il plus grand que l'autre. Mais le bord ciliaire inférieur reste incliné en bas et en dedans en sorte qu'il n'y a pas de tendance au larmolement.

De l'autre côté de la joue, sur la joue droite, au-devant de l'arcade zygomatique, un peu plus rapprochée de l'œil que de l'oreille, existe une autre ulcération causée par un foyer tuberculeux de l'apophyse zygomatique de l'os malaire. Cette ulcération est grande presque comme une pièce de 1 franc. Le fond est grisâtre, avec des parties rouges et saignantes. Son centre est rouge, déprimé : autour de lui s'élève une bordure, une couronne à tissu fongueux, ayant 2 millimètres de largeur.

Plus en dehors la peau est rouge dans un périmètre de 4 à 5 millimètres, mais n'est pas décollée; elle a plutôt commencé de se souder aux fongosités. Cette ulcération remonte à deux mois. Elle a succédé à une tumeur qui existait depuis six mois.

Autres lésions. — Au cou, nombreux ganglions engorgés. Sur le front, il y a depuis cinq mois une grosseur dont la base est large comme une pièce de 5 francs. Elle est au-dessus du sourcil droit; elle est fluctuante (ostéite du frontal).

L'œil droit a de la conjonctivite phlycténulaire depuis cinq jours.

La joue droite est tuméfiée à sa partie inférieure, sans doute cause d'un nouveau foyer tuberculeux, ou d'une lésion dentaire. L'enfant est très difficile à examiner. Nous n'avons pas pu lui faire ouvrir la bouche pour examiner ses molaires, mais les incisives sont gâtées.

Main droite : spina-ventosa à l'annulaire depuis un an et demi; il a été ouvert et gratté au mois de décembre 1886. Un autre spina-ventosa existe à l'index, mais il n'est pas ulcéré.

Main gauche : tuberculose du métacarpe ouvert depuis un an.

Avant-bras gauche : vaste abcès à la partie inférieure.

Pied gauche : cicatrice au côté externe de l'articulation tibio-tastienne; elle paraît due à un abcès tuberculeux cutané.

Observation VII

In Thèse de Cator.

Tuberculose de l'os malaire au début. Abces sous-périostique.

C... Philippe, 9 ans 1/2. Père mort d'accident. Mère bien portante. Trois enfants dont le malade est l'ainé. Aucun d'eux n'a

eu de lésions scrofuleuses, sauf le plus jeune qui a un écoulement d'oreilles et beaucoup de ganglions engorgés.

Le malade a été nourri au sein. Il n'a jamais été malade. Son état général est excellent. Pas de dent cariée.

A l'âge de 5 ans il a fait une chute de sa hauteur sur une barre de fer.

Cette chute a causé à la région malaire droite une plaie qui s'est cicatrisée en deux jours : elle a laissé une petite cicatrice presque imperceptible à 1 centimètre au-dessous de la tumeur actuelle.

Pendant l'été 1887, le côté où avait porté la chute enflait souvent, mais en deux ou trois jours il était revenu à l'état normal. Ce n'est que depuis trois semaines que la tuméfaction persiste, et elle est surtout marquée depuis huit jours.

État au 7 mars 1888. — Il existe à 1 centimètre au-dessous du milieu du bord palpébral une tumeur arrondie du volume d'un gros pois chiche. La peau qui la recouvre est épaisse, rouge et fendillée. La peau du voisinage est normale. La tumeur est rénitente, tendue. Elle est fixée au rebord de l'os malaire sur lequel elle fait saillie : elle s'avance aussi sur le plancher de l'orbite. Le doigt qui l'explore sent très bien tous ces détails. La pression cause une douleur modérée. La paupière inférieure n'est pas tirillée, ses mouvements sont tout à fait libres.

Opération le 8 mars par M. Lannelongue. Après avoir fait sur la tumeur une incision horizontale, il enlève les fongosités avec une curette.

Il n'y avait pas de pus. L'os est dénudé sur une faible étendue et gratté.

C'était en somme un très petit foyer tuberculeux sur la face antérieure de l'os malaire.

Pansement à l'iodoforme.

10 mars. — La plaie est réunie.

Observation VIII

In thèse de Cator.

Tuberculose osseuse multiple. Fistules et ulcérations.

K... Marguerite, 6 ans 1/2.

Antécédents. — Le père semble se bien porter : il a de mauvaises dents.

Les aïeux paternels de l'enfant étaient intoxiqués par le mercure : le grand-père avait eu du tremblement mercuriel, des coliques ; la grand'mère avait aussi présenté des accidents.

La mère est très robuste. Elle a eu six enfants et deux fausses couches :

- 1° Un enfant de 11 ans, qui a eu de la gourme ;
- 2° Un enfant de 9 ans, qui a eu de la gourme ;
- 3° Une fille morte à 10 mois 1/2 : elle serait morte empoisonnée par le lait de la mère à qui on avait fait deux piqûres de morphine ;
- 4° Un enfant de 6 ans, notre malade ;
- 5° Un enfant de 3 ans 1/2 qui a eu de la gourme ;
- 6° Deux fausses couches de 3 mois 1/2 ;
- 7° Un enfant de 9 mois qui a de la gourme.

Tous ces enfants ont été nourris au sein par la mère, mais ils sont restés presque constamment enfermés. Ils ont de mauvaises dents.

Antécédents de la malade. — Elle a eu beaucoup de gourme, à la tête, sous le nez, autour des lèvres. Elle a eu, du côté droit

du cou, un ganglion tuberculeux qui a été incisé et drainé à l'hôpital Trousseau : il a suppuré longtemps.

Pendant qu'il suppurait, la tuberculose a éclaté à la main gauche, puis à l'œil droit et enfin à la main droite. En ces points les abcès se sont ouverts spontanément.

Il y a donc environ deux ans que la tuberculose de l'os malarial aurait débuté, et elle s'est relevée spontanément environ six semaines après.

Examen de la malade le 20 janvier 1886. — Il y a, près de l'angle externe de l'œil droit, une plaie dont voici la description :

Elle est située à environ 1 centimètre au-dessous de l'œil. Elle a une largeur de 1 centimètre, et une hauteur un peu moindre. Elle est recouverte de croûtes jaunes par places, rougeâtres en d'autres points. Le milieu de l'ulcération correspond à une ligne verticale passant par le petit angle de l'œil. La surface de cette plaie est couverte de sérosité.

• L'ulcération est peu profonde, à fond rouge ; ses bords sont irréguliers, amincis et décollés. A la partie interne la peau est mobile ; mais à la partie externe elle adhère aux parties voisines. Elle ne glisse pas, et quand on la pince, celle qui limite l'ulcération du côté externe, ne se soulève pas, elle reste déprimée. La peau du voisinage, irritée par les sécrétions, est rouge.

L'œil droit paraît plus grand que l'autre ; la fente palpébrale est plus large ; celle-ci n'est déformée que dans sa moitié externe. L'angle externe de l'œil est moins aigu que celui de l'autre côté, et le bord supérieur de la paupière inférieure, au lieu d'être concave, et plus haut dans sa partie externe, est beaucoup plus bas dans cette portion. Les cils de l'œil droit sont renversés au dehors, surtout dans la partie externe de la paupière. La pression de la région n'y détermine aucune douleur. Il existe sur le

cou une cicatrice assez récente, encore rouge; non adhérente, probablement ganglionnaire, placée vers le bord intérieur du maxillaire inférieur.

Autres lésions. Main droite — Spina-ventosa ulcéré de la deuxième phalange de l'index droit. Cette phalange est augmentée de volume, et la peau présente sur sa face dorsale une croûte brunâtre grande comme une pièce de 50 centimes; la peau du voisinage est rouge et adhérente.

Main gauche. — Cicatrice sèche et adhérente derrière le métacarpien de l'annulaire, parallèle à cet os. Un peu plus bas, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, ulcération cutanée arrondie de 1 centimètre de diamètre; l'articulation est libre, mais la première phalange est très augmentée de volume. Le métacarpien du petit doigt est aussi atteint de tuberculose: il est recouvert sur sa face dorsale d'une ulcération grisâtre laissant écouler de la sérosité et se continuant en haut avec une croûte jaune, sèche, adhérente.

Jambe gauche. — Genu-valgum. L'articulation du genou est relâchée: on peut lui imprimer des mouvements latéraux.

Dents. — Toutes les grosses dents de la mâchoire inférieure et quelques-unes de la mâchoire supérieure sont gâtées.

17 février. — Depuis trois jours l'enfant a de la fièvre le soir, et sur la paupière inférieure, au niveau de la plaie largement ulcérée, on note une rougeur diffuse, érysipélateuse, qui s'étend bientôt et gagne la racine du nez et le front. On l'envoie en médecine où le diagnostic d'érysipèle est confirmé. Le bourrelet érysipélateux est assez bien marqué: il part de l'angle interne de l'œil droit au niveau de la plaie, il occupe toute la paupière inférieure, la racine du nez, remonte verticalement jusqu'au front et envahit la paupière inférieure gauche.

L'enfant se plaint de céphalalgie, d'anorexie

La température de ce matin est 39° 3.

18 février. — Température: 37° 6. La tache érysipélateuse est presque entièrement disparue, et elle se distingue à peine des parties environnantes. La face est légèrement bouffie.

21 février. — L'enfant n'a plus de fièvre depuis deux jours. Il est renvoyé en chirurgie.

1^{er} mars. — Le pus fourni par la carie de l'os malaire s'amasse sous la peau et s'écoule par la fistule dès que l'on presse avec le doigt.

7 mars. — L'ulcération qui était à la région malaire est presque entièrement cicatrisée. Mais il reste deux fistules étroites communiquant avec des poches sous-cutanées et laissant échapper le pus, dès que l'on presse sur la région. La peau est très rouge. Elle adhère en dehors à l'os, et la paupière inférieure est très tirée en bas et en dehors. Elle commence à le renverser : les cils sont couchés sur la peau et la surface muqueuse n'est plus en contact avec le globe oculaire, dont elle est distante de 2 millimètres. Cette surface muqueuse est visible sans toucher la paupière, lorsqu'on regarde un peu d'en haut.

Les larmes s'amassent dans ce cul-de-sac, mais elles ne s'écoulent pas sur la joue. Ce début d'ectropion n'intéresse que la partie externe de la paupière. Il est encore très peu accusé, mais il s'accroîtra de plus en plus.

Observation IX

In thèse de Cator.

Ectropion suite de carie tuberculeuse de l'os malaire.

R... Gilbert, 25 ans, venu de Montluçon à la clinique des Quinze-Vingts.

Antécédents. — Le père de bonne santé habituelle est mort vers l'âge de 55 ans, après six mois de maladie.

La mère est morte de fièvre typhoïde. Il y a eu neuf enfants dans la famille. Ils sont tous morts en bas âge, sauf un qui a été tué en 1870.

Celui-ci, le seul qui reste, était le septième. Il n'a sur son enfance que des souvenirs peu précis. Il était souvent malade. Il a eu la fièvre typhoïde à 11 ans, en même temps que sa mère. La tuberculose de l'os malaire a commencé un an après. Il accuse un peu de plâtre qui serait entré dans l'œil et aurait occasionné une conjonctivite. Quoi qu'il en soit de cette étiologie, douze jours après la conjonctivite, il s'est aperçu de l'existence vers l'angle externe de l'œil droit, d'une tumeur grosse comme une noisette, sans modification de la peau. Elle ne causait pas de douleur. Il y a mis de l'onguent, et elle s'est percée huit jours après ; c'était un abcès.

Un médecin consulté déclare que ce sont des « humeurs froides ». Quatre ou cinq jours après un nouvel abcès se perce un peu en dehors, à environ 2 cm. 1/2 en dehors de l'angle externe de l'orbite et à 1 centimètre plus bas. Les deux ouvertures fistuleuses ont persisté pendant environ un an. Il est sorti un petit séquestre osseux de la première. Il n'a été traité que localement par des lavages et des cautérisations au crayon de nitrate d'argent.

Pendant la cicatrisation des plaies, l'ectropion s'est formé, et il a continué d'augmenter ensuite. Il n'a été complet que environ un an et demi après la guérison des fistules. Il est resté longtemps sans causer de gêne. Mais depuis quatre ans le malade est sujet à du larmolement intermittent et à des poussées inflammatoires. Il a des albugos, traces d'anciennes kératites.

État du 27 février 1888. — 1° Il existe sur la face une cicatrice de forme elliptique ayant 1 cm. 1/2 de long sur 1/2 centimètre de large. Un peu plus rapprochée de l'œil que de l'oreille, et située au-dessous d'une ligne allant de l'angle externe de l'œil droit au tragus, tangent à cette ligne, elle a son bord supérieur situé au-devant de l'arcade zygomatique, à environ 1 centimètre de l'origine de cette arcade à l'os malaire. La peau est lisse, mince, rosée ; sa partie supérieure est déprimée, et adhère à l'arcade zygomatique, mais pas très étroitement, car elle peut encore glisser : elle se laisse plus difficilement pincer. Le doigt sent très nettement en ce point une échancrure du bord inférieur de l'arcade zygomatique.

2° La cicatrice interne correspond à l'angle inféro-externe de l'orbite. Elle est allongée et un peu courbe en dedans, suivant assez exactement le rebord osseux sur une étendue de 2 centimètres ; son milieu correspond à l'angle de l'orbite et sa partie supérieure à l'angle externe des paupières dont elle est éloignée de 5 millimètres. Sa largeur n'est que de 1/2 centimètre. Sa partie moyenne la plus rapprochée du bord ciliaire n'est distante que de 1/2 millimètre des cils qui sont renversés en dehors, atrophiés, rares, petits, mal tenus. Il y a au delà, plus de 1 millimètre d'épiderme entre les cils et la conjonctive : c'est le rebord ciliaire normal rendu plus grand par le tiraillement. Cette cicatrice rosée, lisse, déprimée, adhère d'une manière étroite à l'os sous-jacent ; elle ne peut ni être pincée, ni glisser. Le doigt sent presque directement le rebord osseux tout couvert d'aspérités. Il y a au milieu de la cicatrice une aiguille osseuse beaucoup plus prononcée que les autres. Elle semble partager l'ancienne plaie en deux foyers principaux : l'un plus élevé correspondant à l'angle externe des paupières, l'autre plus

bas, plus étendu et subdivisé lui-même en plusieurs petits foyers par des aspérités plus petites, correspondant à l'angle inféro-externe de l'orbite.

Quand l'œil droit est ouvert il est tiré en dehors et paraît beaucoup plus grand que l'autre.

La paupière supérieure n'est pas modifiée, toute la déformation occupe la paupière inférieure. La déformation de celle-ci est remarquable et tout à fait particulière à ce genre d'ectropion par carie osseuse. Elle n'intéresse que les deux cinquième externes de cette paupière.

Dans cette partie la surface muqueuse est à découvert et immobile. Elle a la forme d'un triangle un peu courbe, dont la base située sur le prolongement de la courbe du bord palpébral supérieur, quand l'œil est ouvert, a 5 millimètres et dont le sommet se perd en dedans derrière la paupière inférieure dont il reste séparé par une sorte de rainure dans l'étendue d'environ 1 centimètre. Nous l'appellerons le triangle muqueux. Sa surface est rouge comme du muscle, tandis que le reste de la conjonctive est plus pâle. Lorsque l'œil est ouvert, il y a en quelque sorte deux fentes palpébrales superposées : l'une superficielle a sa lèvre supérieure formée par le bord palpébral supérieur et la base du triangle muqueux et sa lèvre inférieure par le côté inférieur du triangle muqueux et le bord palpébral inférieur ; l'autre fente plus profonde a une lèvre supérieure formée par le bord palpébral supérieur seul et une lèvre inférieure formée par le côté supérieur du triangle muqueux et le bord palpébral inférieur.

La différence consiste donc en ce que la première la plus superficielle comprend en plus que la seconde le triangle muqueux, ce qui porte son angle externe à environ 5 millimètres

plus bas. Cela change de direction, car son angle externe est situé plus bas que l'interne ce qui est l'inverse pour la fente profonde et aussi pour la fente palpébrale d'un œil normal.

Sur un œil normal, la direction en bas et en dedans du rebord palpébral et du cul-de-sac inférieur de la conjonctive dirige les larmes vers le canal lacrymal. Ici, le cul-de-sac existe à peine en dehors entre le bord supérieur du triangle muqueux et le globe oculaire, en sorte que les larmes, dès qu'elles deviennent tant soit peu abondantes, le débordent et passent sur la surface muqueuse, puis s'écoulent sur la joue. Il y a encore un autre motif de larmoiement. Une fois que les larmes ont dépassé le sommet du triangle muqueux, deux voies se présentent à elles, inclinées l'une en dedans et en haut, l'autre en dehors et en bas ; la première est la voie normale ; la seconde est formée par une dépression, une rainure entre le triangle muqueux et la paupière inférieure. Il y a une troisième cause de larmoiement : c'est l'obstruction plus ou moins complète des voies lacrymales à la suite des inflammations répétées de la conjonctive.

Quand on dit au malade de fermer l'œil, la paupière inférieure ne se relève pas, mais s'applique plus fortement contre le globe. Quand on tire en bas cette paupière inférieure, le triangle muqueux reste immobile et la paupière obéit à la traction comme si cette portion n'en faisait plus partie, c'est-à-dire en se mouvant suivant un axe incliné en bas et en dehors. Que l'œil soit ouvert ou fermé, la surface du triangle muqueux reste constamment à découvert.

Le 28 février. — M. Fieusol a fait l'opération, le malade ayant été anesthésié au chloroforme. On a fait d'abord une incision parallèle au rebord ciliaire, au dessous de la cicatrice ; on a libéré celle-ci par une dissection sous-cutanée qui a été assez

facile, jusqu'à ce que ce rebord orbitaire ait été bien mis à nu. On a ensuite fermé par une suture la moitié externe des paupières. Puis, pour ne pas laisser l'os à découvert, on taille sur la joue un lambeau qu'on fait remonter par glissement jusqu'à la paupière où on le suture. Cette suture a aussi réuni les deux bords de la plaie faite en premier lieu par le bistouri pour libérer la cicatrice. Quant à la perte de substance faite au-dessous du lambeau, on l'a laissée à découvert, comptant pour la combler sur des bourgeons charnus et sur une greffe épidermique tardive.

On a rempli cette large brèche, profonde de 1 centimètre, de poudre d'iodoforme. On a recouvert le tout d'un pansement à la gaze iodoformée. Ce pansement a été renouvelé tous les deux jours.

Le 5 mars. — On enlève les points de suture : les paupières et les lambeaux s'étaient réunis par première intention. La plaie qu'on laisse bourgeonner a une forme demi-lunaire à concavité supérieure : elle a 1 cm. $1/2$ de hauteur en bon milieu ; sa longueur est de 4 à 5 centimètres. Elle est beaucoup moins profonde qu'après l'opération. Elle suppure un peu.

Le 10 mars. — On a greffé sur les bourgeons charnus une dizaine de petits lambeaux de derme. Le 14, toutes les greffes avaient pris, et il n'y avait plus de suppuration.

Observation X

In thèse de Cator.

Ectropion par tuberculose de l'os malaire. Opération par le procédé de Warton-Jones. Guérison. (Résumé d'une observation communiquée par M. Trousseau.)

L... Eulalie, 16 ans, avait eu des accidents tuberculeux très marqués dans l'enfance (gourme, ganglions, etc.)

Atteinte de carie de l'os malaire sur le bord de l'orbite elle a été traitée par l'huile de foie de morue à l'intérieur, et elle est guérie en six mois. Mais il est resté un ectropion d'abord peu marqué mais qui a augmenté peu à peu et a été définitivement constitué vers l'âge de 12 ans.

Elle a été opérée par M. Trousseau le 23 février 1887 par le procédé suivant : incision en V, embrassant la cicatrice entre ses deux bronches ; dissection sous-cutanée du lambeau supérieur ainsi limité pour couper ses adhérences avec l'os ; ce lambeau a été relevé par glissement et fixé par la tartorraphie. La perte de substance a été comblée par le rapprochement des parties latérales légèrement libérées par dissection sous-cutanée. La suture définitive présentait un Y. La réunion s'est faite par première intention et la malade est sortie au bout de huit jours. Trois mois après, on fait une ouverture partielle des paupières ; on les laisse adhérentes sur une petite étendue du côté interne. Un mois après on les a libérées complètement. L'ectropion ne s'est pas reproduit.

CONCLUSIONS

Notre travail n'est pas un exposé de faits nouveaux. Nous avons voulu simplement mettre en relief certains points sur lesquels les auteurs n'ont pas encore insisté.

Nous croyons avoir démontré par nos observations ce fait que la tuberculose du malaire n'existe presque jamais sans autres lésions de même nature, en d'autres points de l'économie.

Nous avons conclu à la bénignité de l'affection, tout en faisant des restrictions pour la grande complication : l'ectropion de la paupière inférieure.

Mais le point sur lequel nous voulons insister particulièrement, c'est le traitement.

Par la ponction, en effet, on évitera presque toujours, non seulement l'ectropion, mais encore une cicatrice qui, même chirurgicale, n'est pas sans inconvénients, ne serait-ce qu'au point de vue plastique.

Vu : le Président de la thèse.

P. SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris :

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- DOUYAL. — Fongoides ostéites de l'orbite.
VILLEMIN. — Tuberculose infantile.
BROCA (Cliniques de). — Tuberculose infiltrante des nourrissons.
HYTIER. — Thèse de Paris (1896-97).
CATOR. — Thèse de Paris (1888-89).
MENACHO. — Archives d'ophtalmologie (1904).
LOUBET. — Thèse de Lyon (1899-1900).
COQUARD. — Thèse de Lyon (1902-1903).
FORGUE. — Traité de Pathologie externe.